

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВОКРУГ ОПОРНЫХ ЗУБОВ У ЛИЦ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ДО И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ.

Арсланов О.У

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения наряду с кариесом и болезнями пародонта частичная вторичная адентия относится к наиболее распространенным заболеваниям зубочелюстной системы. Ею страдают до 75% населения в различных регионах земного шара. В связи с тем, что частичная адентия сопровождается потерей зубов и нарушением жевательной функции в зубочелюстной системе происходят компенсаторно-адаптационные изменения. Изменения происходят не только в зубном ряду, но и в тканях пародонта, в жевательном аппарате зубочелюстной системы, а также в височно-нижнечелюстных суставах (ВНЧС). Общеизвестным считается, что лечение указанной патологии должно проводиться комплексно, то есть необходим комплексный подход к диагностике и лечению частичной утраты зубов, что делает проблему лечения частичной адентии в стоматологии междисциплинарной. Для возмещения дефектов зубных рядов в арсенале ортопеда-стоматолога имеются различные конструкции зубных протезов. Часто при выборе зубного протеза стоматологи ориентируются только на дефект зубного ряда, нередко оставляя без внимания степень происходящих компенсаторных и адаптационных возможностей жевательного аппарата зубочелюстной системы. Подобный подход врачей способствует дальнейшему разрушению зубного ряда, а также ведет к замене зубных протезов в очень недалекие сроки их использования. Успешная реализация указанных задач возможна только при глубоком изучении тонких механизмов компенсации и адаптации, развивающихся в жевательном аппарате зубочелюстной системы при потере зубов, в период протезирования и пользования зубными протезами. Необходимо также выяснить динамику адаптационного процесса при ортопедическом лечении дефекта зубного ряда в зависимости от исходного функционального состояния опорных тканей, а также выяснить прогностические критерии характера перестройки тканей пародонта после лечения.

Выбор оптимальной конструкции протеза находится в прямой зависимости от правильной визуальной оценки слизистой оболочки протезного ложа и тканей пародонта оставшихся групп зубов.

Слизистая оболочка выстилает всю полость рта и сообщается с внешней средой. В силу своего анатомического строения и функциональным возможностям слизистая оболочка полости рта, особенно в участках альвеолярного отростка и твердого неба, наиболее часто подвергается механическим повреждениям. Слизистая оболочка,

которая подвергается большой нагрузке при жевании, имеет повышенную плотность и покрыта тонким слоем ороговевшего эпителия.

Характер поражения тканей пародонта определяется патофизиологическими механизмами. Воспаление в пародонте приводит к значительным изменениям его структур, функционального состояния и нарушениям взаимосвязей между тканями, что часто наблюдается при дефектах зубных рядов.

На ранних стадиях воспаления в пародонте, на примере малых дефектов зубных рядов, клинические симптомы скудны, и лишь при значительных деструктивных изменениях в тканях пародонта проявляется выраженная симптоматика, что наблюдается при средних дефектах зубных рядов, длительное время не протезировавшихся больных.

Незначительная выраженность симптомов на ранних стадиях не побуждает больного обратиться к врачу, что с течением времени приводит к разрушению опорных тканей, что, в свою очередь, является фактором снижения опорных сил пародонта, приводящим к устойчивым деформациям в зубочелюстной системе. В результате неравномерности изменений в тканях пародонта, связанных с гигиеническим состоянием функционирующих и не функционирующих групп зубов формируются различные пародонтальные дефекты. Одним из наиболее информативных методов изучения состояния слизистой оболочки является стоматоскопия. Стоматоскопия имеет ряд преимуществ перед другими методами исследований. Она доступна, безболезненна и достаточно информативна для постановки предварительного диагноза. Стоматоскопия находит широкое применение в ортопедической стоматологии для исследования слизистой оболочки полости рта при заболеваниях пародонта, связанных с дефектами зубных рядов.

Цель работы. Изучить клинико-стоматоскопическое состояние слизистой оболочки полости рта вокруг опорных зубов у больных с различными по величине дефектами зубных рядов.

Материалы и методы. Стоматоскопическое исследование проведено в 4 группах. Первая группа из 38 больных с малыми дефектами зубного ряда. Во вторую группу вошли 34 больных со средними дефектами зубных рядов. Третью группу составили 35 больных с большими дефектами зубного ряда. Четвертая группа 23 человек была контрольной. Обследования проводились до и через 90, 180 и 360 дней после протезирования зубными протезами.

Объектом исследования является состояние пародонта в области функционирующих и нефункционирующих групп зубов.

Исследованию подвергались следующие зоны:

- пародонт в области интактных зубных рядов;
- пародонт в области зубов, граничащие с дефектом зубного ряда;
- пародонт в области антагонизирующих и не антагонизирующих зубов;
- пародонт зубных рядов после протезирования.

Результаты и обсуждение. При стоматоскопическом осмотре полости рта у практически здоровых людей с интактными зубными рядами СОПР имела некоторые

особенности. Красная кайма губ без выраженных патологических изменений с нормальной окраской и умеренной влажностью. Слизистая оболочка губ и щек бледно – розового цвета с прозрачным эпителиальным покровом и хорошо выраженными контурами подлежащих кровеносных сосудов. У некоторых обследуемых на поверхности слизистой оболочки щеки на уровне контакта верхних и нижних зубных рядов имелось уплотнение слизистого покрова. При более внимательном рассмотрении наблюдали бледноватого оттенка огрубевший эпителий. Слизистая оболочка твердого неба, мягкого неба и дна полости рта без патологических изменений. Сосудистый рисунок слабо выражен на твердом небе и наиболее четко на слизистой мягкого неба, а так же по переходной складке, дна полости рта и у основания языка.

У больных 1 группы с малыми дефектами зубного ряда жалобы были на неудобство при жевании, на травму слизистой оболочки десневого края и косметический дефект. При стоматоскопическом исследовании СОПР, особое внимание уделяли на состояние тканей в области дефектов зубных рядов. При малых дефектах зубного ряда или при наличии нескольких малых дефектов в слизистой оболочке альвеолярных отростков чаще наблюдались признаки гингивита, возникающий из за зубного налета и скопления в этой зоне остатков пищи. Наиболее хорошо выражены эти проявления у пациентов с конвергенцией и дивергенцией зубов. Слизистая в этих зонах имеет синюшный цвет, рыхлая и легко кровоточит. В маргинальной зоне у шейки зубов видны радиально расположенные кровеносные сосуды.

Больные 2 группы со средними дефектами зубного ряда предъявляли жалобы на нарушения жевания, плохое разжёвывание пищи, частое травмирование слизистой оболочки, на косметический дефект и дискомфорт в полости рта. При стоматоскопическом исследовании поверхность слизистой выглядела более сглаженной, имела бледный цвет, контуры подлежащих сосудов слабо различимы. Альвеолярные отростки хорошо выражены, плотны, с широким основанием. Слизистая оболочка над ними плотная, розового цвета, кровеносные сосуды хорошо просвечиваются. Видно что, слизистая оболочка, в какой то мере участвует в процессе жевания.

У больных 3 группы с большими дефектами зубного ряда жалобы были на нарушения жевания, невозможность откусывания пищи, на плохое разжёвывание пищи, травмирование и болезненность слизистой оболочки, нарушение речи и косметический дефект. Стоматоскопическое исследование показало, что слизистая оболочка у этой категории больных претерпевает определенные изменения, так у 7 больных наблюдалось наличие незначительного числа трещин и заед красной каймы губ. Слизистая оболочка губ и щек была отечной, с отпечатками зубов, нарушением прозрачности эпителия в виде помутнения и различных налетов с элементами кератоза. Очаговые кератозы наиболее часто обнаруживались на слизистой нижней губы и на слизистой щек.

Поверхность слизистой оболочки альвеолярных отростков выглядела сглаженной, имела бледный цвет, контуры подлежащих сосудов хорошо различимы.

Слизистая альвеолярных отростков активно участвует в процессе жевания и значительно больше подвергается механическому раздражению, за счёт этого улучшалась трофика тканей слизистой оболочки.

У больных с дефектами зубных рядов явления воспаления слизистой десны усиливались в зависимости от сроков отсутствия зубов.

Наиболее заметные патологические изменения пародонта наблюдались при малых и средних дефектах в области зубов потерявших антагонистов. При стоматоскопическом исследовании обнаруживалось большое количество беспорядочно расположенных кровеносных сосудов, наличие пародонтальных карманов. Слизистая находится в состоянии легкой формы катарального гингивита. Наблюдаются зубные отложения и наддесневые камни. Слизистая покрыта бледным налетом с примесью остатков пищи. Слизистая легко кровоточит при чистке зубов.

Состояние слизистой оболочки в области зубов, граничащих с дефектом зубного ряда, зависело от обширности, давности дефекта и наличия антагонизирующих пар зубов.

У больных, которых протезировали зубными протезами, слизистая оболочка щек, губ, языка и твердого неба в первые дни после ортопедического лечения оставалась без изменений. К концу первого месяца в области зубов рядом с дефектом слизистая оболочка приобретала розовый цвет. Через 3, 6 и 12 месяцев слизистая оболочка полностью восстанавливается в области зубов антагонизирующих с зубными протезами.

Выводы. Таким образом, дефекты зубных рядов способствуют стойким стоматоскопическим изменениям слизистой оболочки поверхности альвеолярного гребня, степень патологических изменений зависела от обширности и срока дефекта зубных рядов, а также от наличия или отсутствия зубов антагонистов.

Своевременное восстановление дефектов зубных рядов протезами является профилактическим и лечебным мероприятием, благотворно влияющим на состояние слизистой оболочки полости рта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Амираев У.А. Состояние иммунитета у пациентов с непереносимостью к зубным протезам из разнородных сплавов металла // Совр. ортопед. Стоматол. 2009. — №11. — С. 43 — 45.
2. Арсланов О.У. Клиническое исследование состояния слизистой оболочки полости рта вокруг опорных зубов у лиц с различными по величине дефектами зубных рядов до и после протезирования. The 3rd International scientific and practical conference — Innovative development of science and education (May 24-26, 2020) ISGT Publishing House, Athens, Greece. 2020. стр.66-71.
3. Булгакова, А.И. Оценка местного иммунитета полости рта у пациентов с несъемными эстетическими ортопедическими конструкциями и воспалительными заболеваниями пародонта / А.И. Булгакова, И.Р. Шафеев, И.В. Валеев, Г.Ш. Зубаирова // Пародонтология. – 2016. – № 2. – С. 57-60.

4. Вагнер В.Д., Салеев Р.А., Смирнова Л.Е., Бочковский И.С., Вашурин И.В. Технологии ортопедического лечения стоматологических больных // Клиническая стоматология. – 2010. – № 1. – С. 12–15.
5. Никулина, Б. А. Иммунологический статус и методы его оценки / Б. А. Никулина. — М.: Геостар-Медицина, 2008. — 457 с.
6. Ирсадиев Х.И. Особенности барьерно-защитной функции полости рта до и в процессе пользования протезами: Дис. ... д-ра мед. наук. – Т., 1993. – 291 с.
7. Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д., Ряховский А.Н. – Ортопедическая стоматология, изд. гр. «ГЭОТАР-Медиа», 2019, 812с.
8. Лобейко В.В., Иордашвили А.К., Малышев М.Е. Возрастная характеристика иммунологических показателей слюны у взрослых людей. Кубанский научный медицинский вестник №1 (150), 2015 год. стр 74-79.
9. Oral disorders and chronic systemic diseases in very old adults living in institutions
/G. Maupome [et al.] // Spec. Care Dentist. – 2003. – Vol.23, № 6. – P.199-208.
10. Ueno H., Klechevsky E., Morita R. et al. Dendritic cell subsets in health and disease // Immunol. Rev. 2007. Vol. 219. P. 118.